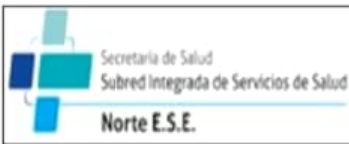


|                                                                                 |                                                                                 |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U<br>ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 |
|                                                                                 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE<br>E.S.E                           | VERSIÓN: 5            |
|                                                                                 |                                                                                 | PÁGINA: 1 DE 1        |
|                                                                                 |                                                                                 | FECHA: 16/02/2018     |

#### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

|                         |  |                                         |   |                 |             |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |
|-------------------------|--|-----------------------------------------|---|-----------------|-------------|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: |  | FRAILE RODRIGUEZ DENNIS JOHANNA         |   |                 |             |                 |   |                 |   | 188967          |   |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:      |  | Cedula                                  |   |                 | No.         |                 |   | 1019102558      |   |                 |   |                 |   |
| CORREO                  |  | jhoanita-05@hotmail.com                 |   |                 | CELULAR     |                 |   | 3152933074      |   |                 |   |                 |   |
| PROCESO:                |  | Salud Ocupacional y Salud en el Trabajo |   |                 |             |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |
| SERVICIO:               |  | Salud Ocupacional y Salud en            |   |                 | UNIDAD:     |                 |   | Ferias          |   |                 |   |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS        |  | Centro de costo                         | % | Centro de costo | %           | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|                         |  | A00                                     |   |                 |             |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |
| BANCO                   |  | 1                                       |   |                 | TIPO CUENTA |                 |   | AHORROS         |   |                 |   |                 |   |
| NUMERO CUENTA BANCARIA  |  |                                         |   | 802237933       |             |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |

#### INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

|                                |           |       |                          |                  |      |       |            |  |  |  |  |
|--------------------------------|-----------|-------|--------------------------|------------------|------|-------|------------|--|--|--|--|
| NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 0245-2022 |       | Nº DE PAGOS DEL CONTRATO |                  |      |       |            |  |  |  |  |
| NUMERO DE CDP: 1               | 142       | FECHA | 18/01/2022               | NUMERO DE CRP: 1 | 3931 | FECHA | 18/01/2022 |  |  |  |  |

OBJETO: TECNICO O TECNOLOGO EN AREAS DE LA SALUD

|                     |  |                        |     |                     |      |       |     |     |      |
|---------------------|--|------------------------|-----|---------------------|------|-------|-----|-----|------|
| PERIODO CERTIFICADO |  | DESDE                  | DIA | MES                 | AÑO  | HASTA | DIA | MES | AÑO  |
|                     |  |                        | 01  | 03                  | 2022 |       | 31  | 03  | 2022 |
| TIPO SERVICIOS      |  | Asistencial            |     | RESERVA DE GLOSA 2% |      |       | 0   |     |      |
| VALOR MES           |  | 2,299,415 VALOR LETRAS |     |                     |      |       |     |     |      |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

#### CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO

| CONCEPTO                                | VALORES   |
|-----------------------------------------|-----------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | 7,818,011 |
| VALOR EJECUTADO:                        | 5,204,402 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:           | 2,225,160 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                | 186       |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:     | 180       |
| VALOR A LIBERAR:                        | 0         |
| SALDO POR EJECUTAR:                     | 2,613,609 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                | 66.57 %   |

#### El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| PLANILLA | VALOR EPS | VALOR AFP | RIES | VALOR ARL | TOTAL PLANILLA |
|----------|-----------|-----------|------|-----------|----------------|
| 57523218 | 125,000   | 160,000   | 3    | 24,400    | 309,400        |
|          | 0         | 0         |      | 0         |                |

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE  
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Marzo 2022

TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA

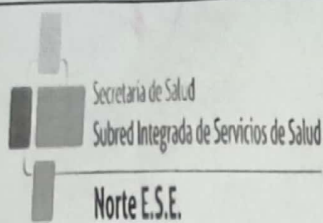
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Jhoana Fraile L.

FRAILE RODRIGUEZ DENNIS JOHANNA

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.



INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CÓDIGO: AP-CT-F-50-02

VERSIÓN: 2

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.  
GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

PÁGINA : 1 DE 1

FECHA: 30/10/2018

ÁREA Y/O SERVICIO : RUTAS - CONVENIO SED

UNIDAD:

Salud Pública-Pic

No. DE CONTRATO : 0245- 2022

Periodo certificado

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

DOCUMENTO: 1019102558

1

03

2022

31

3

2022

NOMBRE DEL CONTRATISTA: DENNIS JOHANNA FRAILE RODRIGUEZ

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como TECNICO EN SALUD PUBLICA en la DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución - Convenio Interadministrativo en el marco del cumplimiento de las condiciones de Bioseguridad en las Instituciones Educativas Distritales. - Vigente.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☒

| ACTIVIDADES CONTRATADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | % EJECUTADO | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                            | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 5%          | PARTICIPAR EN CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES Y REALIZACION DE ENCUESTAS Y MODULOS CON TEMAS DE CALIDAD                                                                           | ACTAS DE CAPACITACION Y SOPORTES DE REALIZACION DE ENCUESTAS Y MODULOS                                |
| 2. Desarrollar las estrategias definidas a nivel Institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 5%          | PARTICIPAR EN CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES Y REALIZACION DE ENCUESTAS Y MODULOS CON TEMAS DE CALIDAD                                                                           | ACTAS DE CAPACITACION Y SOPORTES DE REALIZACION DE ENCUESTAS Y MODULOS                                |
| 3. Apoyar en la adecuada implementación de los protocolos institucionales.<br>4. Efectuar bajo la directriz de la IED asignada, el reporte de casos COVID19 en la IED, en el formulario alojado en la página institucional de la SED.<br>5. Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED manejo inicial a presuntos casos COVID 19 y activar ruta de atención.<br>6. Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativa) para la prevención de enfermedades en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio<br>7. Apoyar al Comité Paritario de Salud y Seguridad en el Trabajo – COPASST- y a la brigada escolar Institucional en la actualización de los Planes Escolares de Gestión del Riesgo.<br>8. Actuar como primer respondiente en casos de accidentes escolares, conforme a lo establecido en el artículo 131 del Código Penal Colombiano. | 45%         | Actividades de prevención de enfermedades, implementación de los protocolos institucionales, reporte de casos COVID19 y acciones como primer respondiente en casos de accidentes. | Matrices de seguimiento actualizada diariamente en DRIVE y entrega diaria de evidencias               |
| 5. Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 45%         | Revisión de Informes mensuales y de vigencia requeridos.                                                                                                                          | Matrices de estilos de vida saludable actualizada diariamente en DRIVE y entrega diaria de evidencias |
| TOTAL DE EJECUCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 100%        |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                       |

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): (2,225.160) DOS MILLONES DOCIENTOS VEINTI CINCO MIL CIENTO SESENTA PESOS MCTE

Jhoana Fraile R.

NOMBRE COMPLETO DENNIS JOHANNA FRAILE RODRIGUEZ

CC: 1019102558 DE BOGOTA

Firma de recibido

supervisor:

DRA. JOHANNA ANDREA TORRES RUIZ  
DIRECTORA DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD

31\_03\_2022

Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

Mediante el presente documento en mi calidad de supervisor (a) certifico que los contratistas registrados en este informe cumplieron con las obligaciones pactadas en el contrato de acuerdo a lo registrado en los formatos "AP-CT-F-16-05 CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS" y "AP-CT-F-50-02 INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS" y se ha verificado el pago de los aportes al Sistema de Seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales, motivo por el cual es procedente el pago de los honorarios durante el presente periodo, según se relaciona a continuación:

| Nro. Contrato | Tipo Documento | Documento  | Contratista                        | Cargo                    | Centro Costos | Días | Hora1 | Hora2 | Event o1 | Event o2 | Valor Certificado | Saldo     | Factura | Orden Pago |
|---------------|----------------|------------|------------------------------------|--------------------------|---------------|------|-------|-------|----------|----------|-------------------|-----------|---------|------------|
|               |                |            | CATALINA                           | PUBLICA                  |               |      |       |       |          |          |                   |           |         |            |
| 0226-2022     | Cedula         | 1108897981 | PE                                 | TECNICO EN SALUD PUBLICA | A00           |      | 186   | 0     |          |          | 2,299,332         | 2,304,559 |         | SI         |
| 0227-2022     | Cedula         | 1115852900 | CRISTIANO GOMEZ<br>DIANA CAROLINA  | TECNICO EN SALUD PUBLICA | A00           |      | 186   | 0     |          |          | 2,299,332         | 2,304,559 |         | SI         |
| 0228-2022     | Cedula         | 1019018235 | MAHECHA RIVERA<br>ANGELICA YOHANA  | TECNICO EN SALUD PUBLICA | A00           |      | 186   | 0     |          |          | 2,299,332         | 2,304,559 |         | SI         |
| 0230-2022     | Cedula         | 1090206714 | GONZALEZ ARIZA<br>MONICA LILIANA   | TECNICO EN SALUD PUBLICA | A00           |      | 186   | 0     |          |          | 2,299,332         | 2,304,559 |         | SI         |
| 0231-2022     | Cedula         | 1033806426 | FRANCH ESCOBAR<br>LUISA FERNANDA   | TECNICO EN SALUD PUBLICA | A00           |      | 186   | 0     |          |          | 2,299,332         | 2,304,559 |         | SI         |
| 0233-2022     | Cedula         | 52290657   | ARROYO TORRES LINA                 | TECNICO EN SALUD PUBLICA | A00           |      | 186   | 0     |          |          | 2,299,332         | 2,304,559 |         | SI         |
| 0234-2022     | Cedula         | 1019081212 | OLMOS TOLOZA MARIA<br>ALEJANDRA    | TECNICO EN SALUD PUBLICA | A00           |      | 186   | 0     |          |          | 2,299,332         | 2,304,559 |         | SI         |
| 0236-2022     | Cedula         | 1013652344 | PENAGOS PINTO ANYI                 | TECNICO EN SALUD PUBLICA | A00           |      | 186   | 0     |          |          | 2,299,332         | 2,304,559 |         | SI         |
| 0237-2022     | Cedula         | 52555056   | CASTILLO MARIA                     | TECNICO EN SALUD PUBLICA | A00           |      | 174   | 0     |          |          | 2,150,988         | 2,452,903 |         | SI         |
| 0238-2022     | Cedula         | 1033703203 | USECHE DIAZ YURI                   | TECNICO EN SALUD PUBLICA | A00           |      | 186   | 0     |          |          | 2,299,332         | 3,454,225 |         | SI         |
| 0240-2022     | Cedula         | 1036957204 | VACA CORAL LUISA<br>FERNANDA       | TECNICO EN SALUD PUBLICA | A00           |      | 186   | 0     |          |          | 2,299,332         | 3,293,519 |         | SI         |
| 0241-2022     | Cedula         | 52987862   | TORRIJOS SOTO                      | TECNICO EN SALUD PUBLICA | A00           |      | 174   | 0     |          |          | 2,150,988         | 2,452,903 |         | SI         |
| 0244-2022     | Cedula         | 52747149   | HERNANDEZ HOLGUIN<br>DELIA MILENA  | TECNICO EN SALUD PUBLICA | A00           |      | 186   | 0     |          |          | 2,299,332         | 2,304,559 |         | SI         |
| 0245-2022     | Cedula         | 1019102558 | FRAILE RODRIGUEZ<br>DENNIS JOHANNA | TECNICO EN SALUD PUBLICA | A00           |      | 186   | 0     |          |          | 2,225,160         | 2,613,609 |         | SI         |
| 0246-2022     | Cedula         | 1033748545 | PEREZ ZARATE LINA                  | TECNICO EN SALUD PUBLICA | A00           |      | 186   | 0     |          |          | 2,299,332         | 2,304,559 |         | SI         |
| 0247-2022     | Cedula         | 60446731   | LOZANO PADON MARRY                 | TECNICO EN               | A00           |      | 186   | 0     |          |          | 2,299,332         | 2,304,559 |         | SI         |

  
TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA

| DATOS DEL APORTANTE  |                   |                               |                      |              |                      |                                     |
|----------------------|-------------------|-------------------------------|----------------------|--------------|----------------------|-------------------------------------|
| TIPO                 | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              | DIRECCIÓN            | TELÉFONO     | CORREO               | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC                   | 1019102558        | DENNIS JOHNNY FRANK RODRIGUEZ | CL 140C # 103 F - 82 | 4796148      | joanma05@hotmail.com |                                     |
| FORMA REPRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL               | CÓDIGO               | DEPARTAMENTO | CIUDAD/MUNICIPIO     |                                     |
| UNICA                | 1 - Independiente |                               |                      | BOGOTÁ D.C.  | BOGOTÁ D.C.          | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                              |               |                        |                 |               |
|----------------------|------------------------------|---------------|------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | PERIODO ASOCIADO (RAMES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (RAMES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES            |               |                        |                 | IMPORTE UPK   |
|                      |                              |               |                        |                 | TOTAL A PAGAR |
| 2022-02              | 2022-02                      | 1             | 10/03/2022             | 2523218         | \$86.100      |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |             |            |                        |               |                 |       |                   |       |           |                       |                |
|---------------|-------------|------------|------------------------|---------------|-----------------|-------|-------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|
| Código EPS    | Nombre      | NT         | Cotización Obligatoria | UPK Adicional | Incapacidades   |       | Uso de Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPK |
| IPSO17        | Remisor EPS | 80001564-7 | 125.000                | 0             | No Autorización | Valor | No Autorización   | Valor | 0         | 0                     | 0              |
|               |             |            |                        |               | 0               | 0     | 0                 | 0     | 0         | 0                     | 0              |

| TOTALES PENSION |            |            |                        |                            |                             |                           |                           |           |                       |                |               |
|-----------------|------------|------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre     | NT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FPP - Subsistencia | Aporte FPP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FPP | Total a Pagar |
| 25-14           | Cajalancha | 80038504-7 | 860.000                | 0                          | 0                           | 0                         | 0                         | 0         | 0                     | 0              | 860.000       |
|                 |            |            |                        |                            |                             |                           |                           |           |                       |                |               |

| TOTAL FPP RFP/VAI (ARON) FPP |           |            |                        |               |               |            |           |                       |                  |                            |               |
|------------------------------|-----------|------------|------------------------|---------------|---------------|------------|-----------|-----------------------|------------------|----------------------------|---------------|
| Código ARL                   | Nombre    | NT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades | Aportes Otros | Valor Reto | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal FPP/VAI | No Radicado Faltas a Pagar | Total a Pagar |
| 11-11                        | ARL SURSA | 80001790-8 | 31.100                 |               |               | 31.100     | 0         | 0                     | 31.100           | 0                          | 31.100        |
|                              |           |            |                        |               |               |            |           |                       |                  |                            |               |

| TOTALES CAJAS |        |    |              |           |                   |               |              |  |  |  |  |
|---------------|--------|----|--------------|-----------|-------------------|---------------|--------------|--|--|--|--|
| Código CCF    | Nombre | NT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No Afiliados |  |  |  |  |
|               |        |    |              |           |                   |               |              |  |  |  |  |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |              |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|--------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No Afiliados |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0            |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0            |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0            |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0            |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0            |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0            |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0            |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                   |               |
|------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor en UPK (CC, LMA, RP y Mora) | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 125.000                           | 125.000       |
| Pension                | 1                              | 860.000                           | 860.000       |
| Resgates Laborales     | 1                              | 24.400                            | 24.400        |
| CAJ                    | 0                              | 0                                 | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                 | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                 | 0             |
| MEV                    | 0                              | 0                                 | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                 | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 109.400                           | 109.400       |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

| DATOS DEL APORTANTE  |                   |                               |                      |              |                      |                                     |
|----------------------|-------------------|-------------------------------|----------------------|--------------|----------------------|-------------------------------------|
| TIPO                 | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              | DIRECCIÓN            | TELÉFONO     | CORREO               | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC                   | 1019102558        | DENNIS JOHNNY FRANK RODRIGUEZ | CL 140C # 103 F - 82 | 4796148      | joanma05@hotmail.com |                                     |
| FORMA REPRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL               | CÓDIGO               | DEPARTAMENTO | CIUDAD/MUNICIPIO     |                                     |
| UNICA                | 1 - Independiente |                               |                      | BOGOTÁ D.C.  | BOGOTÁ D.C.          | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                              |               |                        |                 |               |
|----------------------|------------------------------|---------------|------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | PERIODO ASOCIADO (RAMES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (RAMES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES            |               |                        |                 | IMPORTE UPK   |
|                      |                              |               |                        |                 | TOTAL A PAGAR |
| 2022-02              | 2022-02                      | 1             | 10/03/2022             | 2523218         | \$86.100      |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                   |                               |       |          |                    |     |              |       | INFORMACIÓN APOYADOR |     |              |       |         |                    |     |              |       |         |
|-----------------------|------|-------------------|-------------------------------|-------|----------|--------------------|-----|--------------|-------|----------------------|-----|--------------|-------|---------|--------------------|-----|--------------|-------|---------|
| No.                   | Tip. | Id. de Cotización | Aportes y Retiros             | Salud | Pension  | Resgates Laborales | CCF | Parafiscales | Salud | Resgates Laborales   | CCF | Parafiscales | Salud | Pension | Resgates Laborales | CCF | Parafiscales | Salud | Pension |
| 1                     | CC   | 1019102558        | FRANK RODRIGUEZ DENNIS JOHNNY | 25-14 | 1000.000 | 860.000            | 0   | 0            | 0     | 0                    | 0   | 0            | 0     | 0       | 0                  | 0   | 0            | 0     | 0       |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información